

肝炎治療受給者証(3剤併用療法を除くインターフェロン治療)の交付申請に係る診断書(2回目の制度利用)

ふりがな 患者氏名		性別 男・女	生年月日(年齢) 年 月 日生 (満 歳)
住所	郵便番号 電話番号 ()		
診断年月	年 月	前医 (あれば記載)	医療機関名 医師名
過去の治療歴	<p>該当する場合□にチェックを入れる。</p> <p>1 B型慢性活動性肝炎の場合</p> <p><input type="checkbox"/> これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けた。</p> <p><input type="checkbox"/> これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けていない。</p> <p>2 C型慢性肝炎またはC型代償性肝硬変の場合</p> <p>(1) 過去のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> 以下の①、②のいずれにも該当しない。</p> <p>① これまでの治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったケース</p> <p>② これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による72週投与が行われたケース</p> <p>(2) 過去の3剤併用療法(ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤)の治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし</p> <p><input type="checkbox"/> 3剤併用療法を受けたことがあるが、十分量の24週投与が行われなかった。 (具体的な経過・理由:)</p> <p>(3) インターフェロンフリー治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり(薬剤名:)</p> <p><input type="checkbox"/> 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。</p>		
検査所見	<p>今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1 B型肝炎ウイルスマーカー</p> <p>(1) HBs抗原(+・-) (検査日: 年 月 日)</p> <p>(2) HBe抗原(+・-)HBe抗体(+・-) (検査日: 年 月 日)</p> <p>(3) HBV-DNA定量_____ (単位: 、測定法) (検査日: 年 月 日)</p> <p>2 C型肝炎ウイルスマーカー(検査日: 年 月 日)</p> <p>(1) HCV-RNA定量_____ (単位: 、測定法)</p> <p>(2) ウイルス型(該当する項目を○で囲む。)</p> <p>ア セロタイプ(グループ) 1、あるいはジェノタイプ1</p> <p>イ セロタイプ(グループ) 2、あるいはジェノタイプ2</p> <p>3 血液検査(検査日: 年 月 日)</p> <p>AST _____IU/l (施設の基準値: _____~_____)</p> <p>ALT _____IU/l (施設の基準値: _____~_____)</p> <p>血小板数 _____/μl (施設の基準値: _____~_____)</p> <p>4 画像診断及び肝生検などの所見(検査日: 年 月 日)</p> <p>(所見:)</p>		
診断	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1 B型慢性肝炎 2 C型慢性肝炎 3 代償性肝硬変(C型肝炎ウイルスによる。)</p>		
HCCの合併	<p>1 HCC治療歴(あり・なし) 2 現在治療の必要なHCC合併(あり・なし)</p>		
治療内容	<p>該当番号を○で囲む(B型慢性活動性肝炎の場合は3のみが対象)。</p> <p>1 インターフェロンα製剤単独</p> <p>2 インターフェロンβ製剤単独</p> <p>3 ペグインターフェロン製剤単独</p> <p>4 インターフェロンα製剤+リバビリン製剤</p> <p>5 インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤</p> <p>6 ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤</p> <p>7 その他(具体的に記載:)</p> <p>治療予定期間 週(年 月~ 年 月)</p>		
治療上の問題点			
記載年月日 年 月 日			
<p>医療機関名及び所在地</p> <p>(直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合は、いずれかにチェックが必要)</p> <p><input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医</p> <p><input type="checkbox"/> 大分県肝疾患診療協力医療機関の肝疾患担当責任者(日本消化器病学会消化器専門医)</p> <p>医師氏名</p>			

(注)

- 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
- 2 HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内(ただし、インターフェロン治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載してください。
- 3 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。